

УДК: 616.24-006-055.24-092

## НЕРАСПОЗНАННЫЙ РАК ЛЕГКОГО У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ: НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

М.А. Козяев, А.П. Надеев, Т.А. Агеева, В.А. Жукова, М.А. Травин

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Новосибирск 630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52, e-mail: [nadeevngma@mail.ru](mailto:nadeevngma@mail.ru)

Представлено наблюдение из практики – случай аденокарциномы легкого у женщины, 29 лет. Клинические проявления заболевания были представлены симптомами нарушения гемостаза и неврологическими расстройствами, в связи с чем прижизненная диагностика была затруднена. Проводился дифференциальный диагноз между метастатическим поражением костей без первично выявленного очага и онкогематологическими заболеваниями. Посмертное исследование с использованием иммуногистохимического метода позволило верифицировать муцинозную аденокарциному легкого с метастазами в лимфоузлы средостения, кости, осложнившуюся сепсисом и ДВС-синдромом.

**Ключевые слова:** диссеминированная муцинозная аденокарцинома легкого, иммуногистохимическая диагностика, молодая женщина.

### LUNG CANCER IN A YOUNG WOMAN: A CASE REPORT

M.A. Kozyaev, A.P. Nadeev, T.A. Ageeva, V.A. Zhukova, M.A. Travin

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk

52, Krasny Prospect, 630091-Novosibirsk, e-mail: [nadeevngma@mail.ru](mailto:nadeevngma@mail.ru)

A 29-year-old female presented with symptoms of hemostatic and neurological disorders. Metastatic bone disease without primarily detected tumor site was differentiated from hematologic malignancies. Postmortem examination using immunohistochemistry verified mucinous lung adenocarcinoma with metastasis to mediastinal lymph nodes and bones, complicated by sepsis and disseminated intravascular coagulation (DIC).

**Key words:** disseminated mucinous lung adenocarcinoma, immunohistochemical diagnosis, a young woman.

Рак легкого (РЛ) у женщин занимает 4-е место в структуре смертности от онкологических заболеваний, после рака молочной железы, желудка и толстой кишки, этот показатель является стабильным на протяжении многих лет. При этом РЛ у женщин встречается преимущественно после 40 лет [1]. Учитывая редкость развития рака легкого у женщин молодого возраста и определенные трудности диагностики аденокарцином легкого [2, 5], мы предлагаем для рассмотрения наблюдение из практики.

Больная, 29 лет, впервые обратилась за медицинской помощью в связи с интенсивными болями в позвоночнике, по поводу которых была госпитализирована в неврологическом отделении по месту жительства с диагнозом: Дорсопатия, радикулопатия грудного и поясничного отдела позвоночника. В течение заболевания наблюдались потеря веса, усиление болей, субфебрильная температура, метроррагии, появление экхимозов на коже, симптомов церебральной недостаточности с развитием коматозного состояния. В связи с чем

больная была доставлена в инфекционную больницу с подозрением на менингит. В инфекционном стационаре у больной развился пневмоторакс, затем проявились признаки желудочно-кишечного кровотечения, синдрома полиорганной недостаточности. Так как у больной имелись признаки геморрагического синдрома, критической анемии, была проведена трепанобиопсия. Гематолог высказал предположение о вторичной вирусиндуцированной двухростковой цитопении с явлениями гемофагоцитарного синдрома, тромбоцитопенией и анемией.

Для уточнения характера поражения головного мозга больная из инфекционной больницы была переведена в неврологическое отделение соматического стационара. При поступлении больная находилась в крайне тяжелом, бессознательном состоянии. При МСКТ и МРТ головного мозга: отёк мозга с признаками множественных участков инфильтрации, остеолитические очаги в телах шейного и верхнегрудного отделов позвоночника, патологический перелом тела Th<sub>7</sub>. По данным КТ

головного мозга: выраженный отек вещества мозга с внутримозговыми гематомами справа и признаками внутрижелудочкового кровоизлияния. Больную неоднократно консультировали онкологи и гематологи, которые проводили дифференциальный диагноз между злокачественной опухолью без первичного очага с метастазами в позвонки, кости таза; двухростковой цитопенией; гистиосаркомой. На основании данных МРТ органов малого таза, при которой было выявлено диффузное поражение костей таза, метаэпифизов бедренных костей, поясничных позвонков, наличие патологического перелома  $L_5$ , высказано предположение о миеломной болезни. Эксицизионная костная биопсия не была выполнена из-за тяжести состояния пациентки. Несмотря на проводимую терапию, состояние больной ухудшалось, нарастали явления отека и дислокации головного мозга, с остановкой сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия оказались неэффективными, была констатирована биологическая смерть. Общее время развития заболевания составило 1,5 года.

Посмертный клинический диагноз. Основное заболевание: Злокачественная опухоль неясной локализации с метастатическим поражением бедренных костей, грудного и поясничного отделов позвоночника с патологическими переломами тел  $Th_1$  и  $L_5$ , полушарий головного мозга с кровоизлиянием и формированием внутримозговых гематом в лобно-теменной, заднем отделах теменной области справа и признаками внутрижелудочкового кровоизлияния по КТ. Осложнения основного заболевания: Апластическая анемия. Отек, дислокация головного мозга. Двусторонняя полисегментарная пневмония, левосторонний гидроторакс.

Результаты патологоанатомического исследования. При осмотре трупа кожные покровы бледные с диссеминированными мелкоточечными кровоизлияниями. В правой теменно-височной и затылочной областях головного мозга фокусы геморрагического пропитывания мягких мозговых оболочек. В обоих больших полушариях головного мозга определяли множественные очаги размягчения размерами до 3 см. В правой лобно-височной области очаг кровоизлияния диаметром 4 см. Жидкая кровь и небольшое количество сгустков (15 г) в правом боковом желудочке. В легких – множественные очаги сероватого цвета с нечеткими контурами, размерами 0,1–0,4 см. При

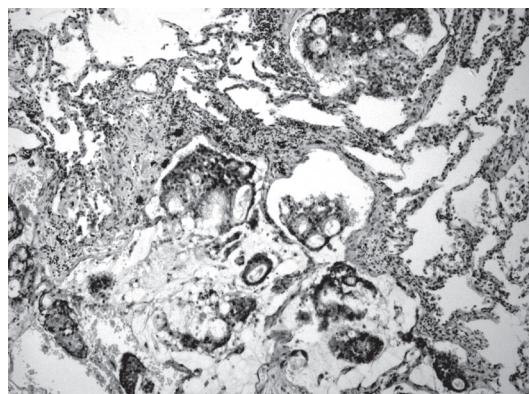


Рис. 1. Микрофото. Опухолевые клетки разрастаются в виде сплошных комплексов с формированием немногочисленных мелких железистых структур с внутриклеточным слизиобразованием. Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 100$

исследовании костей в телах  $Th_1$  и  $L_5$  позвонков выявлены очаги размягчения без четких границ, размерами 0,7×1,5 см. Микроскопическое исследование секционного материала выявило в обоих легких множественные очаги аденокарциномы: стенки предсуществующих альвеол были выстланы полиморфными опухолевыми клетками с внутриклеточным слизиобразованием (рис. 1). В сосудах определяли опухолевые эмболы, в интерстиции – множественные микрометастазы аденокарциномы. В лимфоузлах средостения, в телах  $Th_1$  и  $L_5$  обнаружены метастатические очаги слизиобразующей аденокарциномы (рис. 2). Кроме того, в поясничном позвонке обнаружили гнойный остеомиелит с деструкцией кости, колониями микробов. В веществе головного мозга очаги размягчения были представлены зонами некроза и мелкими кровоизлияниями, как свежими, так и с выраженными процессами резорбции некротических масс; в правой лобно-височной области определяли гематому с перифокальной зоной некроза и явлениями глиоза; единичные микроабсцессы. В сосудах клубочков и интерстиция почек – микробные эмболы с микроабсцессами. Иммуноморфологическое исследование опухолевых клеток в легких, лимфоузлах и позвонках с использованием панели из 22 антител установило их идентичный иммунофенотип: панцитокератин (+), цитокератин 7 (+), цитокератин 8 (+), тиреоид-транскрипционный фактор-1 (TTF-1) (+) [3, 4].

Результаты патологоанатомического исследования позволили сформулировать следующий диа-

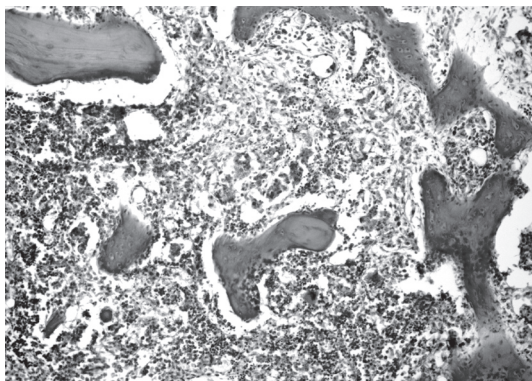


Рис. 2. Микрофото. Среди костных балок и костного мозга обнаруживаются комплексы опухолевых клеток с формированием немногочисленных мелких железистых структур с внутриклеточным слизиобразованием. Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 100$

**гноз:** Основное заболевание: Инвазивная муцинозная билатеральная аденокарцинома, чешуйчатый подтип, с ростом по межальвеолярным перегородкам, с сосудистой, стромальной и плевральной инвазией. Множественные микрометастазы в обоих легких, лимфоузлах средостения, метастатическое поражение грудного и поясничного отделов позвоночника, костей таза, бедренных костей. Осложнения: Двухростковая цитопения. ДВС-синдром: диссеминированные мелкоточечные кровоизлияния на коже, плевре, перикарде, геморрагическое пропитывание мягких мозговых оболочек, множественные рассеянные очаги размягчения в веществе головного мозга, гематома в правой лобно-височной области с прорывом в желудочковую систему, эрозивно-геморрагический цистит. Отек головного мозга. Поверхностные пролежни крестца, голеней, пяточной области, 5-го пальца правой стопы. Панникулит крестцовой области. Сепсис, септикопиемическая форма (бактериологическое исследование: *St. aureus*): микробные эмболы в сосудах, микроабсцессы с колониями микробов в почках, миокарде, головном мозге, гнойный остеомиелит тел позвонков.

Таким образом, иммуногистохимический анализ и гистологическое строение опухоли позволили верифицировать редко встречающийся у молодых женщин, клинически не диагностированный рак легкого с распространенными метастазами и обострять его танатогенез.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Смертность населения России и стран СНГ от злокачественных новообразований в 2008 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. 2011. Т. 22, № 3s. С. 93–123.
2. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2 т. / Под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова. М.: Медицина, 1993. Т. 1. 560 с.
3. Петров С.В., Райхлин Н.Т. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. Казань, 2012. 624 с.
4. Dabbs D.J. Diagnostic Immunohistochemistry. Philadelphia, Elsevier, 2006. 817 p.
5. Travis W.D., Brambilla E., Noguchi M., Nicholson A.G., Geisinger K.R., Yatabe Y., Beer D.G., Powell C.A., Riely G.J., Van Schil P.E., Garg K., Austin J.H., Asamura H., Rusch V.W., Hirsch F.R., Scagliotti G., Mitsudomi T., Huber R.M., Ishikawa Y., Jett J., Sanchez-Cespedes M., Sculier J.P., Takahashi T., Tsuboi M., Vansteenkiste J., Wistuba I., Yang P.C., Aberle D., Brambilla C., Flieder D., Franklin W., Gazdar A., Gould M., Hasleton P., Henderson D., Johnson B., Johnson D., Kerr K., Kuriyama K., Lee J.S., Miller V.A., Petersen I., Roggli V., Rosell R., Saijo N., Thunnissen E., Tsao M., Yankelewitz D. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Classification of Lung Adenocarcinoma // J. Thor. Oncol. 2011. Vol. 6 (2). P. 244–285. doi: 10.1097/JTO.0b013e318206a221.

Поступила 29.04.14

#### REFERENCES

1. Aksel' E.M., Davydov M.I. Incidence of malignant diseases in Russia and countries of Commonwealth Non-Aligned States 2008 // Vestnik RNC im. N.N. Blohina RAMN. 2011. Vol. 20 (3s). P. 93–123. [in Russian]
2. Pathologic diagnosis of human tumors: Manual in 2 volumes. / Eds. N.A. Kraevskij, A.V. Smol'jannikov, D.S. Sarkisov. M.: Medicina, 1993. Vol. 1. 560 p. [in Russian]
3. Petrov S.V., Rajhlin N.T. Guidelines for the immunohistochemical diagnosis of human tumors. Kazan', 2012. 624 p. [in Russian]
4. Dabbs D.J. Diagnostic Immunohistochemistry. Philadelphia, Elsevier, 2006. 817 p.
5. Travis W.D., Brambilla E., Noguchi M., Nicholson A.G., Geisinger K.R., Yatabe Y., Beer D.G., Powell C.A., Riely G.J., Van Schil P.E., Garg K., Austin J.H., Asamura H., Rusch V.W., Hirsch F.R., Scagliotti G., Mitsudomi T., Huber R.M., Ishikawa Y., Jett J., Sanchez-Cespedes M., Sculier J.P., Takahashi T., Tsuboi M., Vansteenkiste J., Wistuba I., Yang P.C., Aberle D., Brambilla C., Flieder D., Franklin W., Gazdar A., Gould M., Hasleton P., Henderson D., Johnson B., Johnson D., Kerr K., Kuriyama K., Lee J.S., Miller V.A., Petersen I., Roggli V., Rosell R., Saijo N., Thunnissen E., Tsao M., Yankelewitz D. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Classification of Lung Adenocarcinoma // J. Thor. Oncol. 2011. Vol. 6 (2). P. 244–285. doi: 10.1097/JTO.0b013e318206a221.